Santé, Société et Solidarité

Inégalités sociales et services de proximité au Québec - Développement d'un système d'évaluation issu d'une collaboration entre chercheurs et intervenants

Dossier « Inégalités sociales de santé »

Robert Pampalon, Denis Hamel, Mathieu Philibert

Citer ce document / Cite this document :

Pampalon Robert, Hamel Denis, Philibert Mathieu. Inégalités sociales et services de proximité au Québec - Développement d'un système d'évaluation issu d'une collaboration entre chercheurs et intervenants. In: Santé, Société et Solidarité, n°2, 2004. Inégalités sociales de santé. pp. 73-88;

doi : https://doi.org/10.3406/oss.2004.996;

https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_2_996;

Fichier pdf généré le 11/04/2024

Résumé

Au-delà de la profusion de statistiques illustrant les inégalités sociales de santé, il y a la nécessité de relier celles-ci à l'intervention sanitaire et sociale et, plus particulièrement, aux services de proximité qui sont actuellement interpellés par les politiques publiques afin de contribuer à la réduction de ces inégalités. Pour y parvenir, cependant, des enjeux d'ordre méthodologique et d'ordre pratique se posent. Comment mesurer à l'échelle locale les inégalités sociales dans le recours aux services de proximité? Et comment passer de cette mesure à une réflexion sur la pratique à l'égard des personnes défavorisées? Le présent texte propose une réponse à ces deux questions mais plus particulièrement à la seconde, impliquant le partage de connaissances entre chercheurs et intervenants. En mettant l'emphase sur l'étroite collaboration entre chercheurs et intervenants de sept centres locaux de services communautaires (CLSC) issus de milieux variés, il relate le développement d'un système d'évaluation des inégalités sociales dans le recours aux services de proximité offerts par les CLSC qui rejoignent annuellement environ un Québécois sur quatre. Il présente les principaux éléments de ce système: 1-une carte du profil local de défavorisation matérielle et sociale de la population, 2-un tableau synthèse des inégalités dans le recours aux services selon la défavorisation, et 3-une grille d'interprétation de ces inégalités. Finalement, il démontre comment ces éléments ont été adaptés afin de répondre aux exigences d'une analyse locale du recours aux services ainsi que d'une production qui soit intelligible par les intervenants et utile à la réflexion sur la pratique à l'égard des groupes défavorisés.

Abstract

Beyond the abundance of statistics illustrating social inequalities in health, there is a need to link them up to health and social intervention and, more particularly, to local communitybased services which public policies currently call upon to help reduce these inequalities. However, this endeavour gives rise to methodological and practical issues. How can social inequalities in the use of local community-based services be assessed at the local level? And, how can this assessment be used to examine practices regarding disadvantaged people? This article suggests an answer to these two questions but more particularly to the second question, implying the sharing of knowledge between researchers and health workers. Highlighting the close collaboration between the researchers and health workers in seven local community service centres (CLSCs) from different communities, this article describes the development of a system to assess social inequalities in the use of local communitybased services provided by the CLSCs which, every year in Québec, deal with approximately one out of four Quebecers. It shows the principal elements of this system: 1-a map of the population's local profile of material and social deprivation, 2-a summary table of inequalities in the use of services according to deprivation, and 3-a framework for interpreting these inequalities. Finally, it shows how these elements have been adapted to meet the requirements of a local analysis of the use of services as well as a report intelligible to the health workers and useful for the examination of practices regarding deprived groups.

creative commons

Inégalités sociales et services de proximité au Québec : Développement d'un système d'évaluation issu d'une collaboration entre chercheurs et intervenants

Robert Pampalon – QUÉBEC
Mathieu Philibert – QUÉBEC
Denis Hamel – QUÉBEC
Les trois auteurs travaillent à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Robert Pampalon et Mathieu Philibert sont géographes et Denis Hamel est statisticien.

RÉSUMÉ Au-delà de la profusion de statistiques illustrant les inégalités sociales de santé, il y a la nécessité de relier celles-ci à l'intervention sanitaire et sociale et, plus particulièrement, aux services de proximité qui sont actuellement interpellés par les politiques publiques afin de contribuer à la réduction de ces inégalités. Pour y parvenir, cependant, des enjeux d'ordre méthodologique et d'ordre pratique se posent. Comment mesurer à l'échelle locale les inégalités sociales dans le recours aux services de proximité ? Et comment passer de cette mesure à une réflexion sur la pratique à l'égard des personnes défavorisées ? Le présent texte propose une réponse à ces deux questions mais plus particulièrement à la seconde, impliquant le partage de connaissances entre chercheurs et intervenants. En mettant l'emphase sur l'étroite collaboration entre chercheurs et intervenants de sept centres locaux de services communautaires (CLSC) issus de milieux variés, il relate le développement d'un système d'évaluation des inégalités sociales dans le recours aux services de proximité offerts par les CLSC qui rejoignent annuellement environ un Québécois sur quatre. Il présente les principaux éléments de ce système : 1- une carte du profil local de défavorisation matérielle et sociale de la population, 2- un tableau synthèse des inégalités dans le recours aux services selon la défavorisation, et 3- une grille d'interprétation de ces inégalités. Finalement, il démontre comment ces éléments ont été adaptés afin de répondre aux exigences d'une analyse locale du recours aux services ainsi que d'une production qui soit intelligible par les intervenants et utile à la réflexion sur la pratique à l'égard des groupes défavorisés.

ABSTRACT *Beyond the abundance of statistics illustrating social inequalities in health, there is a need to link them up to health and social intervention and, more particularly, to local community-based services which public policies currently call upon to help reduce these inequalities. However, this endeavour gives rise to methodological and practical issues. How can social inequalities in the use of local community-based services be assessed at the local level? And, how can this assessment be used to examine practices regarding disadvantaged people? This article suggests an answer to these two questions but more particularly to the second question, implying the sharing of knowledge between researchers and health workers. Highlighting the close collaboration between the researchers and health workers in seven local community service centres (CLSCs) from different communities, this article describes the development of a system to assess social inequalities in the use of local community-based services provided by the CLSCs which, every year in Québec, deal with approximately one out of four Quebecers. It shows the principal elements of this system: 1- a map of the population's local profile of material and social deprivation, 2- a summary table of inequalities in the use of services according to deprivation, and 3- a framework for interpreting these inequalities. Finally, it shows how these elements have been adapted to meet the requirements of a local analysis of the use of services as well as a report intelligible to the health workers and useful for the examination of practices regarding deprived groups.*

Dans les politiques publiques, les services de proximité sont les premiers appelés pour faire échec aux inégalités sociales de santé

Après la vogue, dans les années 70, de la recherche action, de la recherche appliquée et autres travaux marquant la volonté de rapprocher les activités de recherche de celles de l'intervention, voilà que l'on parle maintenant de transfert de connaissances et d'aide à la prise de décision pour réitérer la nécessité de rendre la recherche utile, du moins utilisable, aux fins d'améliorer les services de santé et les services sociaux. Le projet dont nous allons ici faire état se situe dans cette mouvance générale mais aussi dans celle des préoccupations que suscitent depuis longtemps les inégalités sociales de santé. On sait en effet que les écarts de santé et de bien-être sont considérables entre groupes sociaux et qu'ils ne semblent pas s'atténuer de manière sensible au fil des ans. On connaît moins cependant la contribution que peuvent avoir les services de santé et les services sociaux à ces inégalités et, si contribution il y a, dans quelle direction elle agit, pour une réduction ou un accroissement des inégalités. En fait, nous sommes souvent incapables de qualifier la simple fréquentation des services de santé et des services sociaux de première ligne ou de proximité en regard des inégalités sociales. Et quand cela est possible, l'effort est toujours limité à un type de service ou de clientèle bien particulier, à une localité bien précise quand il ne s'agit pas d'un bilan national, sans référence locale (Dunlop *et al.*, 2000; Gilthorpe et Wilson, 2003; Kauf et Shih, 1999; Lombrail, 2000; Saxena *et al.*, 2002). Pourtant, ces services sont les premiers appelés actuellement dans les politiques publiques pour faire échec aux inégalités sociales qui perdurent en matière de santé et de bien-être de la population (OMS, 1998; Santé Canada, 1997; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997 et 2003).

Les centres locaux de services communautaires (CLSC) : un terrain idéal pour la mise en place d'un système d'évaluation des inégalités sociales de santé

Les centres locaux de services communautaires (CLSC) constituent au Québec une des portes d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux, rejoignant annuellement un Québécois sur quatre pour un total de plus de dix millions d'interventions. Les CLSC interviennent dans des secteurs aussi variés que les services médicaux, la vaccination, l'accueil psychosocial et les soins infirmiers courants, que ceux-ci soient consécutifs à une chirurgie d'un jour ou à une hospitalisation. Ils ciblent également des groupes démunis sur le plan socioéconomique *via* le programme « Naître égaux et grandir en santé » (NEGS), programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité, et le programme d'aide à domicile destiné aux personnes en perte d'autonomie (Martin et Boyer, 1995; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994). Les CLSC, au nombre de 147, rendent ces services à l'intérieur d'un territoire précis, comptant en moyenne 45 000 individus. Y travaillent des professionnels de multiples horizons, entre autres des médecins, infirmières, travailleurs sociaux, auxiliaires familiales, psychologues, organisateurs communautaires et gestionnaires.

Depuis quelques années, les CLSC se sont donnés un système d'information unifié sur leurs clientèles, s'appuyant notamment sur un cadre normatif valable pour tous et le transfert périodique de l'information recueillie au niveau local vers une base informatisée opérée à l'échelle nationale – le fichier Intégration-CLSC (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Ils se sont aussi dotés d'outils communs d'analyse de cette base tels qu'un tableau de bord de gestion, permettant de suivre, à l'aide d'indicateurs, l'activité relative aux usagers, interventions et ressources humaines et financières (Association des CLSC-CHSLD du Québec, 2002). Dans la planification de cette base, toutefois, nulle information à caractère socioéconomique sur les usagers n'était prévue de sorte qu'il devenait impossible de considérer le recours aux services offerts par les CLSC à l'échelle locale, sous l'angle des inégalités sociales.

Simultanément, en s'inspirant d'expériences étrangères, des chercheurs du Québec proposaient une façon de pallier l'absence d'information à caractère socioéconomique dans les bases de données administratives en y introduisant un substitut de nature écologique (Pampalon et Raymond, 2000 et 2003). Il s'agissait d'un indice de défavorisation produit à une échelle territoriale très fine, regroupant divers indicateurs socioéconomiques issus du recensement. Après rencontre entre les chercheurs

et les responsables du système d'information sur les clientèles des CLSC, il fut décidé d'introduire l'indice de défavorisation dans la base et donc d'assigner à chaque usager, peu importe son lieu de résidence, un estimé de ses conditions socioéconomiques.

Dès lors, il devenait possible d'envisager l'étude des inégalités sociales dans le recours aux services de santé et services sociaux offerts par les CLSC et un projet de recherche en ce sens a vu le jour. En collaboration avec l'Association des CLSC-CHSLD du Québec, le regroupement des CLSC de Montréal et sept CLSC de milieux variés, il a été décidé de développer un système d'évaluation permettant de répondre à cette question fort simple : « Les services offerts par le CLSC rejoignent-ils les groupes défavorisés habitant le territoire ? » Un système d'évaluation devant ultimement permettre aux intervenants des CLSC de s'interroger sur leur pratique en regard des groupes défavorisés.

Le développement d'un tel système allait devoir puiser dans un certain bagage de méthodes quantitatives puisque, inévitablement, il serait question de données, de production d'indices et de modélisation statistique[1]. Il faudrait aussi et surtout devoir intégrer le langage, l'expérience et les habilités des intervenants en CLSC de manière à faciliter le passage d'une information statistique à une réflexion sur la pratique telle qu'elle est vécue au quotidien, auprès de clientèles spécifiques et dans un territoire donné. C'est ce dernier aspect que nous voulons ici mettre en évidence, en présentant brièvement tout ce que nous avions prévu dans notre plan initial de recherche et que nous avons dû modifier pour nous adapter au cadre local d'analyse, pour rendre intelligible l'information produite et pour faire en sorte que cette information puisse être interprétée par les intervenants locaux. L'objectif ici est de présenter une démarche particulière, qui consiste non seulement à mettre au jour le rapport entre l'offre de services de santé et la demande selon les groupes sociaux considérés sous l'angle des inégalités, mais aussi de témoigner des efforts pour allier les connaissances et l'action dans le but d'utiliser les résultats de recherche pour lutter contre ces inégalités.

Nous ferons d'abord état du cadre formel dans lequel les échanges entre l'équipe de recherche et les intervenants locaux se sont produits, puis nous porterons une attention particulière à trois éléments majeurs du système d'évaluation mis en place, soit le profil local de défavorisation, la synthèse des inégalités sociales dans le recours aux services et la grille d'interprétation des inégalités observées.

Méthode : une collaboration entre chercheurs et professionnels du terrain pour expliquer et ajuster les méthodes d'analyse des inégalités sociales de santé

Les premiers contacts avec le réseau des CLSC ont été établis *via* l'Association des CLSC-CHSLD du Québec et le regroupement des CLSC de la région de Montréal-Centre. Ces contacts ont permis de préciser les objectifs du système d'évaluation à mettre en place et de fournir des balises générales pour en accroître la pertinence, telles que le respect de la typologie des services et clientèles et de la terminologie relative aux indicateurs proposés dans le tableau de bord de gestion des CLSC. Ils ont également facilité l'identification de CLSC avec lesquels nous allions valider le système envisagé.

Pour cette étape de validation, sept CLSC ont été retenus en fonction de leurs particularités géographiques et socioéconomiques. Certains sont urbains et d'autres ruraux. Parmi les premiers, certains occupent le centre-ville, l'un de ceux-là ayant une population largement multiethnique, alors que d'autres couvrent la banlieue. Selon le CLSC, le niveau de défavorisation est variable (fort, moyen ou faible). Des CLSC proviennent de régions centrales (Montréal, Québec et régions avoisinantes) et d'autres de régions périphériques du Québec. La diversité des milieux nous assurait d'un vaste éventail de difficultés techniques à surmonter (de nature statistique et cartographique, par exemple) ainsi que de points de vue d'intervenants locaux provenant d'horizons professionnels variés et appartenant à des organisations locales dont l'histoire, la culture et les pratiques diffèrent.

Les sept CLSC ont été rencontrés séparément à deux reprises, pour une durée de

1. Pour une description de ces aspects méthodologiques, voir Philibert *et al.*, 2004.

deux à trois heures à chaque reprise. S'y trouvaient habituellement le directeur-général, des responsables de programmes et de systèmes d'information, des organisateurs communautaires et divers praticiens intéressés par la problématique des inégalités. Les échanges étaient structurés selon une approche de type *focus group* (Stewart et Shamdasani, 1990), où nous soumettions à la discussion les principaux éléments du système d'évaluation, soit une carte illustrant la défavorisation sur le territoire de CLSC, les indices d'inégalités traduisant le recours aux services et quelques clés d'interprétation de ces indices. De la première rencontre, il est ressorti que la carte de défavorisation était généralement conforme aux perceptions des intervenants mais que le matériel statistique devait être simplifié et complété par une démarche systématique d'interprétation. La seconde rencontre servit à valider la facture d'un tableau synthèse des résultats et le contenu d'une grille d'interprétation.

Le profil local de défavorisation : adaptation de l'indice de défavorisation sociale et matérielle à l'échelle locale

Les intervenants ont généralement reconnu dans la carte de défavorisation des variations qui leur étaient familières. L'outil cartographique n'était d'abord pas une réalité étrangère aux intervenants. Notre carte offrait une information nouvelle, en l'occurence les variations d'un indice de défavorisation, et ce, sur une base territoriale inhabituelle et de faible taille, soit le secteur de dénombrement (SD), une unité comptant en moyenne 750 personnes.

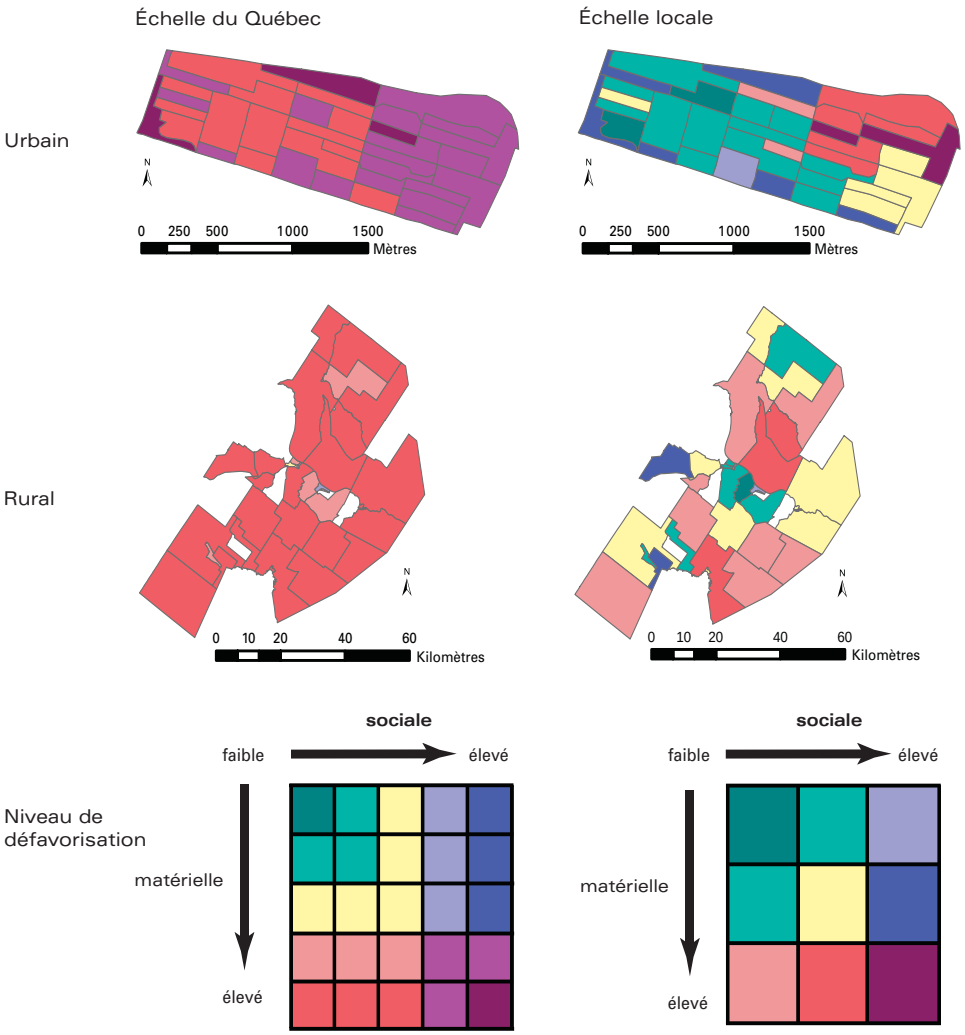
Pour ces raisons, un certain temps fut consacré à la description de l'indice de défavorisation[2], lequel regroupe six indicateurs sous deux dimensions, l'une matérielle, l'autre sociale. Alors que la défavorisation matérielle reflète principalement les variations dans les niveaux d'emploi, de scolarité et de revenu, la défavorisation sociale traduit plutôt les écarts dans la proportion de familles monoparentales, de personnes vivant seules et de celles étant veuves, séparées ou divorcées. Cette approche synthétique des conditions socioéconomiques fut bien accueillie même si certains CLSC, provenant de la région métropolitaine de Montréal, auraient souhaité y trouver une donnée sur l'appartenance ethnique. Les intervenants de ces CLSC parvenaient cependant à situer sur la carte proposée la position des principaux groupes ethniques et à constater leur lien avec la défavorisation matérielle et sociale.

Pour répondre aux nécessités d'une analyse locale, il nous a fallu redistribuer les valeurs de défavorisation de chaque CLSC en ne tenant compte que des seules valeurs disponibles localement et les regrouper en des ensembles plus importants, en quartiles plutôt qu'en quintiles, et en combinant les quartiles centraux (2 et 3). De la sorte, les variations de la défavorisation matérielle et sociale à l'échelle locale pouvaient s'exprimer au travers de neuf catégories[3]. La figure 1 montre comment, pour deux CLSC, l'un urbain et l'autre rural, le changement de référence (du national au local) fait apparaître des variations de la défavorisation qui, autrement, seraient passées inaperçues. L'usage de quartiles plutôt que de quintiles permet aussi d'accroître les effectifs de chaque groupe et ainsi la possibilité de détecter des différences significatives au plan statistique.

Le recours à une telle procédure n'est pas sans conséquences. Elle peut éventuellement faire apparaître des variations minimes de la défavorisation qui ne correspondent à rien de sensible dans le milieu et les conditions de vie. Les intervenants des CLSC ont toutefois confirmé l'existence de telles variations, en signalant qu'elles reflétaient leur propre perception du milieu et de la population qu'ils côtoient quotidiennement. Une telle procédure pose également un problème de comparabilité des résultats entre CLSC puisque les personnes favorisées et défavorisées d'un territoire ne sont plus strictement comparables à celles d'un autre territoire. Cette préoccupation n'était cependant pas majeure pour les CLSC, car ceux-ci cherchaient avant tout à savoir si les services offerts rejoignent la population défavorisée de leur territoire. Néanmoins, pour répondre à cette préoccupation, nous avons produit pour chaque CLSC une liste de CLSC comparables, sur la base de leurs caractéristiques de défavorisation. Le

2. Une description de la construction de l'indice de défavorisation est disponible dans *Santé, Société et Solidarité,* 2003/1 : 191-208.
3. Pour une discussion plus étendue de cet aspect, voir Philibert *et al.,* 2004.

FIGURE 1 La défavorisation matérielle et sociale selon que les seuils de classe sont définis à l'échelle nationale ou locale ; deux territoires de CLSC, l'un urbain, l'autre rural[1]



1. Il s'agit des CLSC 3 et 7 que l'on retrouve au tableau 2.

niveau moyen ainsi que l'étendue des valeurs de défavorisation matérielle et sociale dans chaque CLSC ont servi à dresser cette liste de CLSC comparables.

La synthèse des inégalités dans le recours aux services à partir du calcul de trois indices relatifs d'inégalité

Pour estimer le niveau de desserte des groupes défavorisés, les intervenants des CLSC avaient à prendre en compte un grand nombre d'informations. Il y avait d'abord les différents types de services et clientèles regroupés sous sept programmes : services courants de santé, services courants psychosociaux, services de santé publique destinés aux jeunes (moins de 18 ans) et à leur famille, services sociaux également destinés aux jeunes et à leur famille, services de soutien (aide et soins) à domicile, services destinés aux personnes âgées (65 ans et plus) en perte d'autonomie et services de santé mentale[4]. Certains de ces programmes ne sont pas mutuellement exclusifs. Il s'est avéré, en outre, que le contenu d'un programme puisse varier légèrement d'un CLSC à l'autre

4. Une description plus complète des services et clientèles associés à ces programmes se trouve au tableau 1.

TABLEAU 1 Les programmes, clientèles et services en CLSC*

PROGRAMME	Population visée	Services offerts
1. Services courants de santé	Population générale	Services médicaux et soins infirmiers, avec ou sans rendez-vous ; services en nutrition, réadaptation physique, orthophonie, dentisterie et audiologie ; clinique de prélèvement et de dépistage ; services diagnostiques en laboratoire et en radiologie ; services de sages-femmes.
2. Services courants psychosociaux	Population générale	Rencontre et évaluation pour préciser une demande d'aide, désamorcer une situation de crise ou orienter la personne vers d'autres ressources, si nécessaire. Prise en charge à court terme, réponse à des situations de dépannage et d'urgence.
3. Services de soutien à domicile	Population générale	Soins infirmiers à domicile (post-hospitaliers ou non), aide et assistance à domicile (soins d'hygiène et d'organisation domestique), soutien civique et psychosocial ; services d'inhalothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie à domicile ; soins palliatifs, etc.
4. Clientèle de santé mentale	Personnes souffrant de troubles transitoires ou de troubles mentaux sévères et persistants	Soutien psychologique ou émotionnel, suivi psychosocial ou de santé (toxicomanie, abus ou violence conjugale, etc.) ; services de réadaptation et d'encadrement (thérapie individuelle ou de groupe, suivi de gestion de crise, soutien aux proches, références) ; suivi dans la communauté (réinsertion sociale, maintien dans le milieu, défense des droits).
5. Clientèle famille, enfance, jeunesse Volet santé publique	Jeunes de moins de 18 ans et leur famille	Cours prénataux, suivi de femmes enceintes et de nouvelles mères, programmes d'aide alimentaire (OLO), de prévention et de promotion de la santé publique, notamment en santé maternelle et infantile à l'intention de groupes défavorisés (NEGS) ; services dentaires, services d'accueil aux jeunes (volet sexualité, MTS, grossesse, troubles alimentaires, etc.).
6. Clientèle famille, enfance, jeunesse Volet services sociaux	Jeunes de moins de 18 ans et leur famille	Services généraux (aide dans le rôle parental et lors de difficultés de comportement chez les enfants, de problèmes de négligence et de problèmes socioéconomiques) ; soutien aux mères victimes de violence ; services d'éducateur, etc.
7. Clientèle personnes âgées en perte d'autonomie	Personnes de 65 ans et plus ayant des besoins liés à une perte d'autonomie fonctionnelle, à des problèmes cognitifs ou à des maladies chroniques	Services médicaux, soutien à domicile (soins d'hygiène et d'organisation domestique), soutien civique et psychosocial ; services de psychogériatrie, de nutrition, etc.

* Les services énumérés ici ne couvrent pas la totalité des services rendus en CLSC, notamment les activités de groupe réalisées en milieu scolaire ou dans la communauté, les activités de vaccination, les services d'aide téléphonique 24 heures sur 24 et un certain nombre de services pour lesquels le CLSC ne fournit qu'une aide financière.

en dépit de l'existence d'un cadre normatif relativement explicite s'adressant à tous les CLSC du Québec.

Pour estimer le niveau de desserte rattaché à chacun de ces programmes, trois indices relatifs d'inégalité ont été produits. Ces indices sont dits relatifs car ils comparent le recours aux services entre le groupe défavorisé et le groupe favorisé d'un même territoire. La comparaison peut être établie sur une seule dimension de la défavorisation, matérielle ou sociale (quartile 1 *vs* quartile 4), ou sur les deux dimensions simultanément (quartiles 1 et 1 *vs* quartiles 4 et 4). Une valeur d'indice égale à 1,00 signifie qu'il n'y a pas de différence dans la desserte des groupes défavorisé et favorisé alors qu'une valeur de 1,50, par exemple, indique que le groupe défavorisé reçoit 50 % plus de services que le groupe favorisé. Le premier indice est appelé « indice de pénétration » et repose sur le nombre d'usagers différents rencontrés au cours d'une année. Le second indice est un « indice d'intensité » et rend compte du nombre moyen d'interventions par usager réalisées au cours

de l'année. Le dernier indice, dit « indice de pénétration pondéré par l'intensité », tient compte simultanément des usagers et des interventions. La terminologie retenue reflète encore ici celle inscrite au tableau de bord de gestion des CLSC.

L'indice de pénétration et l'indice de pénétration pondéré par l'intensité ont été modélisés à l'aide de techniques de régression (régression de Poisson et régression binomiale négative), en tenant compte de l'âge des usagers, de l'une et de l'autre formes de défavorisation et des interactions entre ces formes. Ces indices comportent une marge d'erreur et il existe ainsi une certaine probabilité (moins de 5 %) qu'une différence déclarée statistiquement significative entre les groupes défavorisé et favorisé ne le soit pas en réalité. L'indice d'intensité est un simple rapport de taux d'interventions par usager, ajustés selon l'âge, entre les groupes défavorisé et favorisé d'un même territoire et ne comporte aucune mesure de précision statistique. Lors de la production des indices, d'autres considérations ont dû être prises en compte. Ainsi, par exemple, lorsqu'il y avait interaction entre les deux formes de défavorisation, ou lorsque le nombre d'usagers et la population visée étaient inférieurs à des valeurs minimales, aucun indice n'était produit.

Au total, pour chaque CLSC, plus de soixante indices étaient produits auxquels s'ajoutaient des mesures de précision et d'autres considérations statistiques. Cela avait de quoi rebuter les intervenants, qui ne voyaient pas très bien comment autant d'information puisse conduire à une réflexion sur la pratique. Il était nécessaire de rendre l'organisation de l'information opérationnelle.

Un tableau synthèse des résultats a donc été élaboré et structuré en fonction de la question centrale de recherche (tableau 2). On trouve ainsi dans ce tableau quatre groupes :

- un premier groupe comprend les programmes dont l'indice de pénétration pondéré par l'intensité est statistiquement significatif et plus grand que 1,00. Appartiennent à ce groupe les services et clientèles dont le niveau global d'utilisation, tenant compte à la fois du nombre d'usagers et du nombre d'interventions, est significativement plus important chez les personnes défavorisées que chez les personnes favorisées ;
- un second groupe rassemble les programmes dont seulement l'indice de pénétration, fondé sur le nombre d'usagers, est statistiquement significatif et plus grand que 1,00 ;
- un troisième groupe inclut les programmes pour lesquels aucune différence significative entre les personnes défavorisées et favorisées n'a pu être décelée, que ce soit avec l'indice de pénétration pondérée par l'intensité ou avec l'indice de pénétration ;
- un dernier groupe, enfin, comprend les programmes dont l'indice de pénétration pondéré par l'intensité ou l'indice de pénétration avantage significativement les personnes favorisées par rapport aux personnes défavorisées (indice statistiquement inférieur à 1,00).

Dans ce tableau, à la suite du regroupement, on trouve le nom du programme, le nombre total d'usagers différents par année, la forme de défavorisation ayant produit l'indice de pénétration pondéré par l'intensité ou l'indice de pénétration le plus élevé (ou le plus faible, quand l'indice est inférieur à 1,00), la valeur estimée des indices de pénétration, d'intensité et de pénétration pondéré par l'intensité et le caractère significatif des différences observées (sauf pour l'indice d'intensité) entre les personnes défavorisées et favorisées. Lorsqu'aucune différence significative n'est décelée, ni la forme de défavorisation, ni les indices ne sont présentés. Ainsi, ce tableau ne présente que la matière la plus fiable, la plus marquante (en termes d'écarts entre groupes défavorisés et favorisés) et celle à partir de laquelle il convient de s'interroger.

La grille d'interprétation des inégalités afin de conduire une réflexion sur la pratique des intervenants à l'égard des groupes défavorisés

Mais quel sens donner à ces résultats ? Quelles questions convient-il de se poser ? Comment interpréter les variations ou l'absence de variations dans la desserte des personnes défavorisées et favorisées du territoire ? Comment établir le lien entre les indices et la pratique des intervenants sur le terrain ? Quels facteurs prendre en compte ? En somme, comment ces résultats peuvent-ils conduire à une réflexion sur la pratique des intervenants à

TABLEAU 2 Synthèse des inégalités observées dans le recours aux services de proximité, selon la défavorisation matérielle et sociale, dans sept territoires de CLSC Québec, années 2000-2001 et 2001-2002

GROUPE	Programme — Services et clientèles	Usagers	Défavorisation	Indices relatifs d'inégalité — pénétration	intensité	pénétration pondérée par l'intensité
CLSC 1 : Urbain, banlieue, défavorisation faible, région centrale						
1	Jeunes et leur famille, services sociaux	1 021	matérielle et sociale	3,49*	1,36	4,63*
1	Soutien à domicile	6 139	matérielle et sociale	1,38*	1,09	1,47*
1	Santé mentale	333	matérielle et sociale	4,42*	7,30	13,59*
1	Services courants psychosociaux	989	matérielle et sociale	3,01*	1,71	3,08*
3	Jeunes et leur famille, santé publique	6 943				
3	Personnes âgées en perte d'autonomie	6 340				
3	Services courants de santé	43 147				
CLSC 2 : Urbain, banlieue, défavorisation moyenne, région centrale						
1	Jeunes et leur famille, santé publique	6 189	matérielle et sociale	1,43*	1,16	1,68*
1	Jeunes et leur famille, services sociaux	944	matérielle et sociale	3,83*	1,07	4,09*
1	Soutien à domicile	3 584	matérielle	1,05	1,30	1,53*
1	Santé mentale	614	matérielle et sociale	3,09*	0,86	3,11*
1	Services courants de santé	8 772	matérielle et sociale	1,25*	1,00	1,43*
1	Services courants psychosociaux	1 237	matérielle et sociale	2,78*	0,74	1,63*
3	Personnes âgées en perte d'autonomie	2 750				
CLSC 3 : Urbain, centre-ville, défavorisation forte, multiethnique, région centrale						
1	Jeunes et leur famille, santé publique	3 985	matérielle et sociale	1,09	1,09	1,13*
1	Santé mentale	490	matérielle et sociale	2,22*	1,38	5,07*
1	Services courants de santé	17 941	matérielle et sociale	1,42*	1,06	1,51*
1	Services courants psychosociaux	1 965	matérielle et sociale	1,90*	1,60	2,73*
2	Soutien à domicile	1 476	matérielle et sociale	1,38*		
2	Personnes âgées en perte d'autonomie	1 962	matérielle et sociale	1,39*		
3	Jeunes et leur famille, services sociaux	358				
CLSC 4 : Urbain, centre-ville, défavorisation forte, région centrale						
1	Jeunes et leur famille, santé publique	1 262	matérielle	1,74*	1,11	2,17*
1	Jeunes et leur famille, services sociaux	375	matérielle	2,29*	0,90	2,34*
1	Soutien à domicile	1 905	matérielle et sociale	1,60*	2,57	3,71*
1	Personnes âgées en perte d'autonomie	1 185	matérielle et sociale	1,08	2,23	2,26*
1	Santé mentale	200	matérielle et sociale	7,47*	0,91	3,75*
1	Services courants de santé	11 383	matérielle et sociale	1,56*	0,90	1,36*
1	Services courants psychosociaux	442	matérielle et sociale	1,72*	0,88	2,29*

CLSC 5 : Urbain, défavorisation moyenne, région périphérique							
1	Jeunes et leur famille, santé publique	6 361	matérielle	1,13*	1,05	1,18*
	Jeunes et leur famille, services sociaux	594	matérielle et sociale	2,94*	0,69	2,58*
	Soutien à domicile	4 251	matérielle et sociale	1,35*	0,81	1,49*
	Personnes âgées en perte d'autonomie	2 970	matérielle et sociale	1,63*	0,91	1,39*
	Santé mentale	471	matérielle et sociale	7,59*	0,86	11,08*
	Services courants de santé	4 801	matérielle et sociale	1,25*	2,08	1,54*
	Services courants psychosociaux	294	matérielle et sociale	1,52	1,66	3,65*
CLSC 6 : Rural, défavorisation faible, région centrale							
1	Jeunes et leur famille, services sociaux	358	matérielle et sociale	2,58*	0,72	1,62*
2	Santé mentale	430	sociale	2,05*		
3	Jeunes et leur famille, santé publique	4 235				
	Soutien à domicile	2 631				
4	Personnes âgées en perte d'autonomie	1 771	sociale	0,84*	0,92	0,86
	Services courants de santé	14 247	matérielle et sociale	0,74*	1,11	0,76*
	Services courants psychosociaux	545	matérielle	0,73*	0,81	0,45*
CLSC 7 : Rural, défavorisation forte, région périphérique							
1	Jeunes et leur famille, santé publique	4 317	sociale	1,31*	1,05	1,42*
	Jeunes et leur famille, services sociaux	476	matérielle	1,67*	1,99	3,32*
	Services courants de santé	8 655	matérielle	2,35*	0,87	2,39*
	Services courants psychosociaux	1 385	matérielle	1,49*	0,92	1,62*
2	Soutien à domicile	2 082	matérielle	1,23*		
	Personnes âgées en perte d'autonomie	1 464	matérielle	1,34*		
	Santé mentale	458	sociale	1,74*		

A : Les programmes (services et clientèles) forment 4 groupes selon que :
1- l'indice de pénétration ajusté pour l'intensité est significativement > 1,00
2- l'indice de pénétration est significativement > 1,00
3- ni l'indice de pénétration ajusté ni l'indice de pénétration ne sont statistiquement différents de 1,00
4- l'indice de pénétration ajusté ou l'indice de pénétration sont significativement < 1,00

B : Nombre total d'usagers différents (sur une base annuelle) associés à ce service ou clientèle au cours des années 2000-2001 et 2001-2002.

* Indice significativement différent de 1,00 ($p < 0,05$), correspondant à l'indice du groupe favorisé du territoire de CLSC.

l'égard des groupes défavorisés du territoire ? Ce sont là autant de questions que les intervenants des CLSC ont adressées à l'équipe de chercheurs et pour lesquelles une grille d'interprétation a été développée et validée auprès de ces mêmes intervenants.

La grille d'interprétation propose deux éléments de nature à organiser et systématiser la réflexion face aux résultats, soit des questions et des facteurs explicatifs (tableau 3). La grille suggère ainsi quatre questions pour démarrer le processus de réflexion et exploiter la totalité de l'information contenue dans le tableau synthèse.

Première question : Pourquoi certains programmes rejoignent-ils les groupes défavorisés et d'autres non ? À la lumière du tableau 3, on constate en effet que plusieurs programmes

rejoignent davantage les personnes défavorisées que favorisées (groupes 1 et 2), d'autres n'y parviennent pas (groupe 3) et d'autres encore privilégient la desserte des groupes favorisées (groupe 4). Si des CLSC ont une fiche parfaite avec tous leurs programmes dans les groupes 1 et 2, d'autres ont une majorité de programmes dans ces groupes et un seul, enfin, soit le CLSC rural de région centrale, se distingue par trois programmes privilégiant davantage les personnes favorisées que défavorisées du territoire.

Deuxième question : Pourquoi le nombre d'usagers rejoints (indice de pénétration) et le nombre d'interventions par usager (indice d'intensité) ne vont-ils pas toujours dans la même direction ? C'est ainsi, par exemple, qu'une majorité de CLSC ont des programmes associés au groupe 1 et d'autres uniquement au groupe 2. En outre, parmi les programmes du groupe 1, il arrive que l'indice d'intensité soit nettement inférieur à 1,00, ce qui signifie un nombre moyen d'interventions par usager plus faible chez les personnes défavorisées que favorisées, pour un taux d'usagers plus élevé. Trois programmes semblent particulièrement affectés par cette situation, soit la santé mentale, le soutien (aide et soins) à domicile et les services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Troisième question : Pourquoi la valeur des indices peut-elle varier autant ? D'importants écarts sont d'abord perceptibles entre programmes. Si la plupart d'entre eux affichent des indices oscillant entre 1 et 2, les programmes de santé mentale, de services courants psychosociaux et de services sociaux à l'intention des jeunes et de leur famille présentent des valeurs pouvant atteindre 4, 5 voire même 13, en un cas. On note aussi que les indices des milieux ruraux sont généralement plus faibles que ceux des milieux urbains.

Quatrième question : Pourquoi la forme de défavorisation, matérielle ou/et sociale, associée aux indices, n'est-elle pas toujours la même ? Si ces formes se conjuguent le plus souvent dans les CLSC urbains, il en va autrement dans les CLSC ruraux et particulièrement dans celui se retrouvant en région périphérique. En outre, dans ce CLSC, c'est principalement la forme matérielle qui rend compte des inégalités observées, à l'exception des services de santé mentale et de santé publique à l'intention des jeunes et de leur famille.

Des réponses à ces questions ont jailli spontanément chez les intervenants de CLSC, et ce, dès la première rencontre. C'est en colligeant ces réponses et en y ajoutant des éléments plus techniques amenés par l'équipe

TABLEAU 3 Schéma d'interprétation des indices relatifs d'inégalité

QUESTIONS	FACTEURS EXPLICATIFS
Pourquoi certains programmes rejoignent-ils les groupes défavorisés et d'autres non ?	Orientations, pratiques et aspects organisationnels du CLSC ► Programmes ciblant des populations spécifiques ► Stratégies de démarchage ► Organisation territoriale des services
Pourquoi les indices de pénétration et d'intensité ne vont-ils pas toujours dans le même sens ?	Ressources disponibles dans le milieu ► Autres services de santé, privés ou publics ► Organismes communautaires
Pourquoi la valeur des indices peut-elle varierautant d'un programme à l'autre ?	Clientèles, populations et milieu local ► État de santé et caractéristiques des clientèles ► Répartition de la défavorisation dans la population ► Milieu urbain et milieu rural
Pourquoi la forme de défavorisation associée au recours aux services n'est-elle pas toujours la même ?	Données et méthodes ► Complétude et cohérence des données ► Faible nombre d'usagers

de recherche qu'une liste de facteurs explicatifs a été élaborée et validée lors d'une deuxième rencontre avec les intervenants. Cette liste comporte elle aussi quatre groupes de facteurs explicatifs. L'identification de ces groupes de facteurs permet d'améliorer notre compréhension des liens entre l'accès et l'utilisation des services de santé et les inégalités sociales.

De la lecture des résultats et des questions qu'ils soulèvent, quatre groupes de facteurs explicatifs sont proposés : les politiques, orientations, pratiques et aspects organisationnels

Sauf pour les programmes déjà mentionnés d'aide à domicile et de santé maternelle et infantile, de type NEGS, il n'existe pas dans les CLSC de politiques ou d'orientations explicites visant la desserte des groupes défavorisés du territoire. Les CLSC offrent toutefois des services que l'on peut classer en deux catégories, et ce, en fonction de la population visée, soit des services généraux, par exemple les services courants et les services à domicile, s'adressant à l'ensemble de la population, et des services spécifiques, par exemple les services de santé mentale ou sociaux à l'intention des jeunes et de leur famille, lorsque des critères tenant aux caractéristiques de la clientèle (état de santé, conditions socioéconomiques) s'appliquent. Ainsi, pour les intervenants de CLSC, les écarts observés dans l'ampleur des indices d'inégalité reflètent en partie cette double vocation des programmes. Les derniers programmes, en effet, sont ceux qui rejoignent le mieux les groupes défavorisés.

Des CLSC adoptent également des stratégies actives de démarchage, visant à retracer et soutenir des clientèles particulières, le plus souvent défavorisées. C'est le cas, par exemple, des personnes atteintes de problème de santé mentale et de celles consommant de la drogue ou de l'alcool de façon excessive. Ces stratégies, si elles sont efficaces, peuvent accroître les services rendus aux groupes défavorisés et porter à la hausse les indices d'inégalité. À l'inverse, certaines stratégies telles que les interventions de groupe en milieu défavorisé (à l'école ou dans des maisons de jeunes, par exemple) peuvent affecter à la baisse les indices d'inégalité puisque ces interventions ne sont pas considérées dans le calcul des indices, lesquels ne tiennent compte que des usagers individuels et non des groupes.

Dans un contexte où les ressources financières disponibles sont limitées, les CLSC sont parfois amenés à choisir entre servir le plus grand nombre de clients ou servir intensément un nombre restreint de clients. Ce dilemme est particulièrement senti dans le domaine de l'aide à domicile et des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie dont le financement au Québec est l'un des plus faibles au Canada. Des intervenants de plusieurs CLSC, tant urbains que ruraux, ont associé cette situation aux divergences observées entre les indices de pénétration et les indices d'intensité pour ces programmes.

L'organisation des services sur le territoire est un dernier facteur dont le rôle s'est révélé particulièrement important en milieu rural. Les deux CLSC ruraux offrent un profil d'indices fort différent, le premier avec trois programmes avantageant les groupes favorisés et le second rejoignant davantage les groupes défavorisés dans tous ses programmes. Selon les intervenants, ces différences tiennent pour beaucoup au caractère plus ou moins centralisé de la fourniture de services puisque dans l'un les services sont principalement offerts à partir d'un seul point de service alors que dans l'autre, les services sont rendus à partir de quatre points de services, dispersés sur le territoire. Ce dernier peut ainsi mieux rejoindre les populations des municipalités rurales éloignées et défavorisées au plan matériel.

Les ressources disponibles dans le milieu

Le CLSC n'est toutefois pas le seul pourvoyeur de services de première ligne à l'échelle locale. Il y a les cliniques médicales et les cliniques externes des hôpitaux pour les services courants de santé, les organismes communautaires pour une multitude de formes d'aide ou de soutien social et psychologique, les programmes d'aide aux employés dans les grandes entreprises et un nombre grandissant de ressources privées, de services d'aide à domicile et de cliniques de psychologie, notamment. Ainsi, selon les ressources disponibles dans le milieu, et leur propension à cibler des groupes plus ou moins défavorisés, la capacité du CLSC à rejoindre ces groupes variera.

À la lecture des résultats, il ne fait pas de doute que les clientèles des CLSC sont davantage défavorisées que favorisées. Elles le sont davantage, nous l'avons vu, pour certains programmes tels que la santé mentale et les services sociaux et psychologiques, et ce, tout spécialement en milieu urbain. Or, c'est précisément en milieu urbain que les ressources privées de ce type abondent et qu'elles sont très utilisées, par ceux évidemment qui peuvent y avoir accès financièrement. Ainsi, dans ce milieu, le seul choix qui s'offre aux personnes démunies est le CLSC, ce que reflètent les forts indices d'inégalité.

De manière générale, les options sont moins abondantes en milieu rural. C'est le cas notamment des ressources privées. Ainsi, pauvres et riches, personnes vivant seules ou en famille ont-ils recours aux services des CLSC de milieux ruraux. Des intervenants de ces CLSC y voient l'origine de la faiblesse des indices d'inégalité en milieu rural par rapport à ceux de la ville.

Les caractéristiques des clientèles et des populations locales

Les personnes dont l'état de santé et les conditions socioéconomiques sont précaires devraient normalement bénéficier davantage des services offerts par le CLSC. C'est là du moins l'hypothèse généralement formulée dans la littérature et qui constitue celle sous-jacente au développement du présent système d'évaluation. Les caractéristiques sanitaires, sociales et économiques tant des clientèles que des populations locales ne sont bien sûr pas les seules forces agissantes sur le recours aux services, mais elles demeurent néanmoins présentes dans les indices d'inégalités observés.

Cela est particulièrement évident pour certaines clientèles dont l'état de santé et de bien-être est étroitement associé aux conditions socioéconomiques. C'est le cas par exemple des clientèles de santé mentale dont la nature des troubles transitoires ou des troubles mentaux sévères et persistants ne sont pas sans avoir d'impact sur leur aisance matérielle et leur réseau social, ou inversement, ces conditions amenant une détérioration de leur état de santé. C'est le cas également des jeunes victimes d'abus, de négligence ou de troubles de comportement que l'on retrouve en proportion plus importante dans des familles monoparentales et démunies économiquement. Ainsi n'est-il pas étonnant de constater l'ampleur des indices d'inégalités associés aux programmes de santé mentale et de services sociaux à l'intention des jeunes et de leur famille.

Ces caractéristiques peuvent également interférer avec la forme de suivi que les CLSC pourront assurer de certaines clientèles. Encore une fois la clientèle de santé mentale semble particulièrement difficile à suivre à long terme. D'après les intervenants, les caractéristiques de cette clientèle la rendent tout aussi prompte à consulter, en situation de crise, qu'inapte à s'engager dans des thérapies prolongées, ne serait-ce que pour quelques mois. Ils expliquent ainsi les divergences observées, dans cinq CLSC sur sept, entre les indices de pénétration et les indices d'intensité reliés au programme de santé mentale.

L'expression des écarts socioéconomiques à l'échelle de la population n'est pas non plus sans rapport avec les indices d'inégalité. Ces écarts, par exemple, sont généralement plus marqués en ville qu'en campagne et il se peut que cette situation se reflète, du moins en partie, dans la faiblesse relative des indices d'inégalités en milieu rural. De même, en milieu urbain, on peut croire qu'il est plus facile de repérer les groupes défavorisés si leur distribution sur le territoire est contrastée, en zones de forte et de faible concentrations, et que des signes tangibles, tels que la dégradation du bâti, viennent appuyer ces concentrations. Dans les CLSC urbains visités, toutefois, il ne semble pas que cela ait eu un impact notoire sur la capacité des intervenants à localiser les groupes défavorisés, même lorsque la variabilité des conditions socioéconomiques locales était faible par rapport à celle retrouvée à l'échelle nationale (figure 1).

Les écarts socioéconomiques observables à l'échelle de la population locale peuvent enfin influencer le recours aux services en soulevant des craintes de marginalisation ou de stigmatisation sociale. Ainsi en est-il, selon les intervenants, de la population du CLSC rural dont plusieurs programmes privilégient les groupes favorisés. Il s'agit d'un CLSC localisé dans une région relativement prospère, affichant l'un des plus faibles taux de chômage et l'un des plus hauts taux d'entrepreneurs de

tout le Québec. Dans ce milieu, comme le dit un intervenant : « Il est important d'avoir l'air riche ». Ainsi, les personnes défavorisées de ce milieu hésiteront à solliciter de l'aide, particulièrement si un critère de revenu s'applique ou si le service est perçu comme s'adressant à une clientèle démunie.

Les données et méthodes

Au-delà des caractéristiques de la population et autres facteurs, il reste que l'analyse des inégalités sociales dans le recours aux services des CLSC repose sur des données et des méthodes statistiques qui ne sont pas sans failles, du moins sans limites. Certaines de ces limites relèvent de la base de données elle-même, Intégration-CLSC, d'autres des intervenants qui alimentent cette base à l'échelle locale, et d'autres encore des outils de modélisation statistique mis à contribution.

Pour plusieurs intervenants, la typologie de programmes suggérée par le tableau de bord des CLSC, bien que suffisante pour retracer l'activité générale des CLSC, ne permet pas d'analyse en profondeur d'activités spécifiques qu'il serait intéressant de mettre en lien avec la défavorisation de la population. On a ainsi regretté l'amalgame de l'aide et des soins à domicile, deux secteurs d'activités à visées différentes, l'une spécifique, l'autre générale, et qui ne contribuent certes pas à faire ressortir le rôle de la défavorisation. De même, des intervenants souhaiteraient que l'on puisse isoler du programme de santé publique à l'intention des jeunes et leur famille, le programme NEGS, destiné très clairement à une clientèle défavorisée. Ici, cependant, le faible nombre d'usagers et d'interventions dans ce programme ne permet pas de réaliser des analyses robustes au plan statistique. Enfin, des intervenants ont signalé que le nombre d'interventions constitue une mesure bien approximative de l'intensité des services rendus, en notant que la durée d'une intervention peut varier considérablement d'un usager à l'autre. Cette mesure de durée n'est toutefois disponible que pour l'aide à domicile dans la base Intégration-CLSC et ne peut donc être produite systématiquement pour tous les programmes. En tenir compte accroîtrait fort probablement le niveau d'intensité que l'on peut actuellement associé aux interventions réalisées auprès des usagers défavorisés.

La base Intégration-CLSC n'offre aussi qu'une vision partielle de l'activité des CLSC envers les groupes défavorisés. On l'a vu, les activités de groupe ne sont pas considérées dans le calcul des indices d'inégalité alors que plusieurs d'entre elles s'adressent à des clientèles défavorisées. De même, certains services ne sont pas intégrés à cette base, tels le service d'information téléphonique *Info-Santé* accessible 24 heures sur 24 et constituant une part non négligeable de l'activité des CLSC. En outre, des lacunes dans l'entrée des données ont été signalées. C'est le cas, par exemple, de l'activité médicale (associée aux services courants de santé), largement absente de la base, et de la cohérence de l'information entre intervenants et CLSC, consignée localement par les intervenants et qui ne fait pas l'objet d'un suivi systématique dans tous les CLSC. Enfin, mentionnons que 9 % des usagers des CLSC au Québec n'ont pu recevoir une mesure de défavorisation, en raison de l'absence ou d'erreurs dans la saisie du code postal. Cette proportion peut varier d'un CLSC à l'autre et expliquer que le nombre d'usagers dans le tableau synthèse soit inférieur à celui que rejoint les intervenants.

On ajoutera à ces limites, celles qui tiennent de la modélisation statistique et qui portent notamment sur le petit nombre d'usagers. Pour assurer un niveau acceptable de robustesse aux analyses, l'équipe de recherche a retenu certains critères. Ainsi, quand les groupes défavorisés et favorisés représentaient moins de 2 % de la population du territoire ou quand le nombre d'usagers était inférieur à 10 (5 quand les deux formes de défavorisation étaient considérées simultanément), aucun indice n'était calculé. Ce critère a particulièrement affecté les indices du CLSC rural de région périphérique, pour lequel il n'a pas été possible d'estimer le rôle des deux formes de défavorisation simultanément (tableau 3). Il reste que ce CLSC rejoint davantage les groupes défavorisés dans tous ses programmes.

Conclusion

Une équipe de chercheurs et des intervenants de CLSC ont ainsi mis en commun leurs expertises et connaissances afin de répondre à la préoccupation qu'ont les services de santé et les services sociaux de première ligne au Québec, soit de rejoindre les groupes défavorisés et de

contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et de bien-être. Cette mise en commun a permis le développement d'un système d'évaluation dont l'objectif premier est d'estimer la desserte des groupes défavorisés, à l'échelle de chaque territoire de CLSC, et d'engager une réflexion sur les pratiques à l'égard de ces groupes. À cette fin, le système propose principalement trois éléments, soit une carte des variations de la défavorisation à l'échelle locale, un tableau synthèse des inégalités observées dans le recours aux services, également à l'échelle locale, et une grille d'interprétation de ces inégalités.

Le système permet de constater que les services offerts par les CLSC rejoignent généralement les groupes défavorisés du territoire. Il montre cependant que cette capacité varie selon le CLSC, le programme d'activités considéré et l'indice retenu pour mesurer les inégalités. Les facteurs pouvant expliquer ces variations sont nombreux et il appert que si certains transcendent les territoires et les organisations, d'autres révèlent la nature particulière de chaque territoire et de chaque organisation. Ainsi, la réflexion sur la pratique à l'égard des groupes défavorisés doit être menée localement, dans chaque organisation, et pourra conduire à des observations qui différeront d'un CLSC à l'autre.

La contribution d'un tel système d'évaluation à la réflexion sur la pratique en CLSC reste toutefois modeste. Le système invite surtout les intervenants à un changement de perspective, en proposant de nouvelles balises pour situer leur activité auprès des clients qu'ils reçoivent ou visitent quotidiennement. Ces nouvelles balises sont le territoire et la population qui y réside, tout autant que la mesure de défavorisation qui exprime indirectement le niveau de besoin de cette population. À l'aide de ces balises, les intervenants ont pu observer sur carte la localisation des groupes défavorisés et s'interroger non seulement sur l'emplacement des points de services du CLSC mais aussi sur la pertinence d'adopter de nouvelles stratégies d'intervention, une stratégie plus active de démarchage, par exemple, ou une stratégie résolument préventive et intersectorielle, en rappelant la présence de ressources communautaires à proximité, la dégradation du logement ou l'absence de transports publics. À l'aide de ces balises, les intervenants ont aussi pu constater qu'ils pouvaient effectivement rejoindre les groupes défavorisés, mais que cette capacité variait selon le programme en raison des orientations du CLSC, des ressources mises à leur disposition, des caractéristiques des clientèles ou de la façon dont l'information est recueillie à l'échelle locale. Ce sont là autant d'aspects étroitement liés à la pratique des intervenants qui ont été revus et discutés.

Au terme des discussions, les intervenants des sept CLSC visités ont reconnu de façon unanime l'intérêt d'une telle démarche qui propose un regard inédit et pertinent sur leur milieu, leur population et leur clientèle. Avec nous, ils ont aussi reconnu la nécessité de poursuivre une telle démarche, pour en accroître les mérites.

Un premier pas dans cette direction est d'étendre le système d'évaluation à l'ensemble des CLSC du Québec, ce qui est maintenant réalisé. On trouve en effet sur le site Internet de l'Institut national de santé publique du Québec[5] les résultats du système d'évaluation pour tous les CLSC. Un bref examen des résultats montre que la situation prévalant dans l'ensemble du Québec reproduit généralement celle observée ici à partir des sept CLSC retenus pour le développement du système. Le site compte en outre un outil favorisant la comparaison entre CLSC, soit une liste de CLSC dits comparables.

Un second pas dans cette direction est la mise à jour régulière des informations contenues dans le système d'évaluation. À ce chapitre, il est prévu de produire annuellement de nouveaux indices d'inégalité qui combinent trois années – et non deux, tel qu'illustré au tableau 2 – en remplaçant l'année la plus ancienne par la plus récente. Une telle mise à jour est d'ailleurs indispensable. Elle permet d'abord aux CLSC d'associer une valeur de référence à chaque programme, une sorte de point de départ, puis de suivre l'évolution temporelle de cette valeur. Ainsi, grâce à cette valeur de référence et aux résultats obtenus de CLSC comparables, chaque CLSC peut alors jeter les bases d'une évaluation continue de la

5. www.inspq.qc.ca/defavorisationCLSC

desserte des groupes défavorisés. Des objectifs peuvent être fixés et leur atteinte suivie à moyen terme, sur des horizons variant de deux à cinq ans.

Un troisième pas dans cette direction porte sur la fiabilité et la complétude de la base de données Intégration-CLSC. Il importe qu'à l'échelle locale et nationale, on s'assure de la cohérence de l'information entrée dans la base par les intervenants, et ce en conformité avec le cadre normatif national et en clarifiant au besoin la définition de l'usager, de l'intervention et de certains programmes d'activités. La comparabilité des résultats entre CLSC n'en sera que meilleure. Il importe également de rappeler qu'une part importante de l'activité des CLSC ne peut actuellement être associée au niveau de défavorisation de la clientèle. C'est le cas, par exemple, des activités de groupes (à l'école, au CLSC ou ailleurs), du programme de vaccination et des services téléphoniques *Info-santé* 24 heures sur 24. Ainsi, pour obtenir une vision plus complète de l'action des CLSC à l'égard des personnes défavorisées, des efforts devraient être consentis pour trouver une solution à l'analyse de ces secteurs.

De même, l'année 2004 verra la mise en place de *réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* au Québec, devant assurer la coordination de tous les services de première ligne à l'échelle territoriale. Cela signifie l'intégration, sous une instance locale, des CLSC, des centres d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD) et des centres hospitaliers généraux (CH) et la conclusion d'ententes entre cette instance et les groupes de médecine familiale (GMF), les organismes communautaires et des ressources privées du territoire. À terme donc, il y aura lieu d'envisager la desserte des groupes défavorisés pour l'ensemble des services de proximité et non plus seulement pour ceux dispensés par les CLSC. La tâche est considérable, mais néanmoins réalisable dans la mesure où l'indice de défavorisation, ici mis à contribution, a déjà été introduit avec succès dans tous les fichiers qui décrivent l'activité des institutions et des groupes qui se verront associés à cette nouvelle instance locale.

Le présent système d'évaluation pourra donc évoluer sensiblement au fil des ans mais sa facture fondamentale ne devrait pas être modifiée. La question de recherche qu'il sous-tend concerne la capacité de desservir les groupes défavorisés à l'échelle locale et, pour cette raison, les mêmes références que sont le territoire, la population, les clientèles et leur niveau de défavorisation devront être mises à contribution. On pourra néanmoins enrichir le présent système par de nouvelles perspectives de recherche, en reformulant par exemple la question initiale en des termes plus organisationnels et en s'intéressant alors à la qualité, la continuité, l'adéquation et l'efficience des services aux personnes défavorisées. Il serait fort utile notamment de mieux connaître le point de vue des personnes défavorisées sur les services de proximité disponibles, autant ceux qu'ils utilisent que ceux qu'ils ne fréquentent pas.

Bibliographie

Association des CLSC-CHSLD du Québec (2002). Tableau de bord. Missions CLSC-CHSLD et centres de santé. Information de base à l'intention de futurs utilisateurs, Montréal.

Dunlop S., Coyte P.C., McIsaac W. (2000). Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey, *Soc. Sci. Med.*, 51 : 123-33.

Gilthorpe M.S., Wilson R.C. (2003). Rural/urban differences in the association between deprivation and healthcare utilisation, *Soc. Sci. Med.*, 57 : 2055-63.

Kauf T.L., Shih Y.C. (1999). Use of home health care by ESRD and Medicare beneficiaries, *Health Care Financ. Rev.*, 20 : 127-38.

Lombrail P. (2000). Accès aux soins, *in* Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., *et al.* (éditeurs), *Les inégalités sociales de santé*, INSERM, Paris, La Découverte, chapitre 26.

Martin C., Boyer G. (1995). *Naître égaux et grandir en santé*, Québec, Direction de la santé publique, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Les services à domicile de première ligne. Cadre de référence*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Des priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Cadre normatif et protocole d'échange. Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique, 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, MSSS.

Organisation mondiale de la santé (1998). *Santé pour tous au 21e siècle*, Genève, OMS.

Pampalon R., Raymond G. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec, *Maladies chroniques au Canada*, 21 (3) : 113-22.

Pampalon R., Raymond G. (2003). Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être, *Santé, Société et Solidarité*, 1 : 191-208.

Philibert M., Pampalon R., Hamel D., Thouez J.P., Loiselle C. (2004). Deprivation and utilization of health and social services in Quebec: A local scale evaluation system, *Social Science and Medicine*, soumis pour publication.

Santé Canada (1997). *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier. Forum national sur la santé*, Ottawa, Santé Canada, volumes 1 et 2.

Saxena S., Eliahoo J., Majeed A. (2002). Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study, *BMJ*, 325 (7363) : 520.

Stewart D.W., Shamdasani P.N. (1990). *Focus group: Theory and practice*, Newbury Park, Sage.